UN CAS DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE ÉTRANGLÉE

PAR

S. Ex. le Dr ALEXANDRE PACHA KAMBOUROGLOU

Opérateur honoraire de l'Hôpital d'enfants Hamidié,
Chirurgien en chef de l'Hôpital Allemand,
etc., etc., etc.

Extrait de la Revue Médico-Pharmaceutique.

(N° 3 du 1er Février 1908).

1908

Constantinople.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

Imprimerie A. Christidis.

UN CAS DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE ÉTRANGLÉE

PAR

S. Ex. le Dr ALEXANDRE PACHA KAMBOUROGLOU

Opérateur honoraire de l'Hôpital d'enfants Hamidié,
Chirurgien en chef de l'Hôpital Allemand,
etc., etc., etc.

Extrait de la Revue Médico-Pharmaceutique.

(N° 3 du 1er Février 1908).

1908

Constantinople.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS

Imprimerie A. Christidis

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22437009

COLLEGE OF SURGEONS

UN CAS DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

ÉTRANGLÉE.

La fréquence modérée des cas de hernie diaphragmatique *étranglée* et les particularités d'un cas que j'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer, il y a quatre ans passés, m'ont semblé justifier la présente publication.

Un jeune homme de 25 ans, fort et vigoureux, qui n'a jamais été malade et n'a jamais eu à se plaindre de quoi que ce soit à propos de sa santé toujours excellente, a été pris d'un malaise avec constipation le 11 juillet 1903 après avoir ramé avec des amis sur une barque, dans un concours contre une barque montée par d'autres camarades également amateurs de cet exercice. La constipation fut suivie le lendemain par des vomissements et tous les moyens employés n'ayant pas réussi à rétablir la circulation intestinale, l'état du malade devint des plus inquiétants et son transfert à l'hôpital, le cinquième jour de l'accident, a dû être décidé, en vue d'une intervention.

A l'examen, le ventre ne présentait de ballonnement que dans sa partie supérieure près de l'hy-

pochondre des deux côtés; la sonorité tympanique remplaçait à droite jusqu'à la cinquième côte la matité du foie et remontait à gauche jusqu'au mamelon; un léger sillon au-dessus de l'ombilic limitait ce ballonnement supérieur; le reste du ventre était dans l'état normal. A la palpation, le ventre n'était pas douloureux; mais à la pression de la partie inférieure de la cage thoracique, près du rebord costal, par les mains apposées à plat, le malade accusait constamment une sensibilité profonde assez intense. Le cœur et les poumons, à leur partie antérieure, ne présentaient rien d'anormal. L'examen de la partie postérieure du thorax révélait une matité relative à la moitié inférieure gauche avec affaiblissement relatif du murmure respiratoire, mais sans modification appréciable des vibrations thoraciques.

L'état général du malade, sans être très mauvais, ne paraissait pourtant pas brillant: le pouls était à 140, les yeux cernés, les extrémités refroidies et le jeune homme vigoureux était visiblement épuisé par l'inanition, l'insomnie et les efforts des vomissements, répétés depuis cinq jours.

Si le ballonnement partiel du ventre à sa partie supérieure pouvait s'expliquer par une distension excessive du colon transverse due à un obstacle siégeant dans le colon descendant, et si la sensibilité à la pression de la partie inférieure du thorax pouvait être un indice de la complicité du diaphragme dans cet étranglement interne, la matité dans la partie postéro-inférieure gauche du thorax ne venait pas à l'appui de

cette dernière hypothèse ; car dans les cas de hernie diaphragmatique c'est la sonorité tympanique au thorax, c'est le pneumothorax, avec gargouillement parfois, que l'on doit rencontrer. L'absence aussi d'un traumatisme antérieur, direct, et le manque de toute indisposition, de tout malaise même, dans les antécédents du malade, n'était pas favorable à la supposition de la hernie diaphragmatique et ce n'est qu'un soupçon que j'avais conçu à cause de la sensibilité à la pression de la partie inférieure du thorax et des modifications des conditions normales de percussion et d'augmentation dans la partie postéro-inférieure gauche du thorax ; cette modification a surtout attiré mon attention, étant donné la grande fréquence (80 o/o) des hernies diaphragmatiques *à gauche*.

Conformément à ce soupçon, j'ai combiné le plan de l'opération exécutée immédiatement et j'ai commencé par une incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche allant de l'apophyse xiphoïde jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Le colon transverse énormément distendu et quelques anses d'intestin grêle se présentèrent à la plaie ; le tout a été recouvert et écarté avec des compresses stérilisées pour procéder d'abord à un examen rapide de la région iléo-cœcale, qui fut trouvée normale. Immédiatement après j'ai dirigé l'exploration du côté gauche du diaphragme où j'ai trouvé, au centre de sa coupole, un anneau rigide étranglant une partie du gros intestin ; un débridement, exécuté avec beaucoup de précautions au bistouri boutonné, a permis de dé-

gager l'intestin (l'angle liénal du colon), qui restait pourtant fixé en haut, car l'épiploon engagé dans le même orifice diaphragmatique ne voulait pas suivre aux tractions d'abord délicates, mais progressivement et finalement assez fortes ; il a été nécessaire de faire plusieurs petits débridements sur le bord de l'anneau pour retirer du sac herniaire une grosse boule d'épiploon sclérosé par suite de son étranglement datant évidemment de longtemps. Après une ligature en chaîne, l'épiploon fut réséqué. L'exploration rapide de l'anneau et de la cavité herniaire a permis de constater l'existence d'un véritable sac herniaire adhérent, en partie ou dans sa totalité, à la paroi thoracique et à la base du poumon gauche. Il s'agissait donc d'une *vraie* hernie diaphragmatique ayant emprisonné pendant longtemps l'épiploon sans aucun inconvénient ; ce n'est que lorsque, à la suite des efforts de la rame, une partie du colon fut brusquement attirée et étranglée dans l'orifice, que le malade a ressenti les inconvénients d'une affection bien ancienne. On devrait naturellement tâcher d'extirper le sac et de procéder à la fermeture de l'orifice diaphragmatique ; mais l'état du malade ne permettant pas une opération de plus longue durée, il a été jugé plus sage de procéder à la reposition de l'intestin et à la fermeture du ventre pour remplir l'indication vitale, quitte à entreprendre plus tard une cure radicale dans de meilleures conditions et par une voie plus accessible, comme nous allons le mentionner plus bas.

L'état de l'opéré a été assez inquiétant pendant

les trois premiers jours; le thermomètre n'a pas dépassé les 38°, mais le pouls était fréquent comme avant l'opération, les vomissements continuaient, le malade se plaignait maintenant de douleurs et il était très agité. Peu à peu le calme s'est rétabli et la guérison est survenue sans autre incident. Le jeune homme a quitté l'hôpital au bout d'un mois, sans revenir jusqu'à présent pour une cure radicale.

Les hernies diaphragmatiques en général, vraies ou fausses, ne sont pas très fréquentes; on en trouve mentionnées dans les traités de chirurgie les plus récents jusqu'à 300. Le côté droit du diaphragme étant protégé, pour ainsi dire, par le foie, c'est le côté gauche qui en est le plus fréquemment (80 o/o) le siège.

Les *vraies* hernies diaphragmatiques, c'est-à-dire celles qui possèdent un sac herniaire, sont de beaucoup les moins nombreuses, car elles ne constituent que seulement le 10 o/o du nombre total. De même les hernies diaphragmatiques étranglées sont également rares. D'après une statistique de Tübingen de 1906, mentionnée par le Dr Sgourdéos (1) dans une communication sur un cas de hernie diaphragmatique gangrénée, suite éloignée d'un traumatisme par arme tranchante, le nombre des hernies diaphragmatiques étranglées qui ont été opérées s'élève à 26 seulement. Le Dr Sgourdéos y ajoute un cas opéré avec succès par le Prof. Geroulanos d'Athènes et publié

(1) Comptes-rendus du Club Médical de Constantinople, 4me année, No. 6, Juin 1907.

dans les archives de Médecine d'Athènes de 1907 ; je puis ajouter un autre cas, d'origine traumatique, opéré par feu le Dr Psalidas à l'hôpital Gérémia de notre ville. C'est donc avec raison que j'ai qualifié au début les hernies diaphragmatiques étranglées comme étant d'une fréquence modérée.

Le diagnostic de la hernie diaphragmatique n'est pas toujours aisé. S'il s'agit d'un déplacement d'une grande partie du tube digestif dans la cavité thoracique, ayant déplacé le cœur et le poumon et offrant les symptômes d'un pneumothorax avec gargouillement ; si c'est l'estomac qui s'est déplacé et que l'on peut gonfler à volonté par une poudre gazogène ; ou si c'est le côlon qui a élu ce domicile illégitime et que l'on peut distendre par un lavement gazeux ; ou s'il y a eu un traumatisme antérieur et les dépositions du malade, alors le diagnostic en est facilité jusqu'à un certain point, grâce aussi à la radioscopie qui est de la plus grande utilité. Mais s'il s'agit par contre d'une petite partie de l'intestin grêle qui a passé par une fente normale ou anormale du diaphragme et y a été étranglée sans occasionner une modification dans les conditions normales de percussion et d'auscultation du thorax, on comprend aisément qu'un pareil cas passe sous le diagnostic collectif d'étranglement interne. Dans le cas actuel d'une hernie vraie, c'est-à-dire avec sac herniaire, dans lequel une grande partie de l'épiploon séjournait depuis bien longtemps (l'altération de celui-ci en fait foi) aucun commémoratif n'en indiquait l'existence. Après un effort extraordinaire,

une partie du côlon, son angle liénal, a été attiré et étranglé dans l'anneau herniaire siégeant à gauche à la coupole du diaphragme et ce sont les symptômes de cet étranglement interne qui constituent les premiers commémoratifs de son affection. A l'examen, on ne trouve que cette matité relative à gauche et en bas à la partie postérieure du thorax et la sensibilité à la pression, avec la main à plat, de la partie inférieure du thorax. Ce sont ces deux symptômes, *pas capitaux*, qui m'ont fait *soupçonner* la hernie diaphragmatique. Je ne sais pas si la douleur à la pression du thorax est un symptôme d'une certaine valeur; c'est l'observation d'autres cas qui confirmerait sa valeur ou bien démontrerait son manité complète. Quant à la matité observée, dont l'explication est devenue facile, après l'opération, par la présence dans la cavité thoracique de l'épiploon sclérosé, elle prouve que dans les cas d'étranglement interne non seulement la sonorité tympanique, mais aussi toute modification dans les conditions normales de percussion et d'auscultation du thorax doit porter notre attention sur le diaphragme comme intéressé dans l'état morbide.

Le diagnostic précis dans les cas de hernie diaphragmatique est d'une grande valeur pour le choix de la voie opératoire à suivre. La voie abdominale, que j'ai suivie et qui paraîtrait la plus naturelle, n'est pas sûrement la plus commode. La coupole du diaphragme n'est pas facile à atteindre et l'exécution d'une cure radicale par la suture de l'orifice, avec ou sans extirpation du sac herniaire, serait, sinon impos-

sible, du moins très-difficile, même dans la position presque ortho-statique de *Kelling* (1) et après laparatomie en lambeau par incision verticale sur la ligne blanche de l'apophyse xiphoïde à l'ombilic et une seconde horizontale de la première au rebord costal. Dans mon cas, j'ai eu beaucoup de peine à débrider l'anneau et il me serait impossible d'appliquer une suture par la voie que j'avais choisie ; dans le cas où l'état du malade l'aurait alors permis, j'aurais dû me porter sur une autre voie d'accès pour exécuter la cure radicale.

La voie thoracique, après résection de côtes ou formation d'un volet thoracique, me paraît, par l'expérience que je me suis acquise dans l'opération à travers le thorax de plusieurs abcès et Kystes hydatiques du foie, de beaucoup la plus commode. J'ai eu aussi occasion, après l'opération de cette hernie diaphragmatique, de suturer le diaphragme dans un cas de plaie pénétrante du thorax et du diaphragme (par arme tranchante) avec procidence de l'épiploon à travers la plaie cutanée, et j'ai trouvé la voie thoracique, qui m'était indiquée par le trajet de la plaie, assez commode.

Ainsi, par ces faits, le diagnostic précis qui est de la plus grande importance en général, devient dans le cas particulier encore plus important, et toutes les observations méritent d'être communiquées avec leurs

---

(1) *Centralblatt für Chirurgie*, 1902, No. 20.

symptômes particuliers, pour contribuer, dans la mesure du possible, à rendre ces cas d'un pronostic excessivement grave facilement accessibles à l'œuvre de la thérapie.